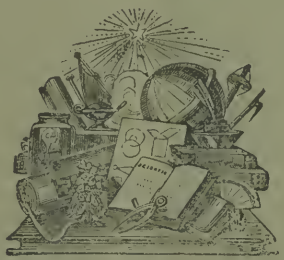
Talla Hipogástrica

TESIS

Que para la incorporación á la Facultad de Medicina y Farmacia de Occidente presenta el Doctor

Ramón M. Carriedo

Médico Cirujano de la Facultad de México



QUEZALTENANGO

Mayo de 1894

Establecimiento tipográfico "La Unión Liberal"

JUL 1

Falla Hipogástrica

Tesis

Que para la incorporación á la Facultad de Medicina y Farmacia de Occidente presenta el Doctor

Ramón M. Carriedo

Médico Cirujano de la Facultad de México

LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL 15 1909

Temas para el examen público

Física Médica—El Calor.
Química Mineralógica—El Fierro
Química Médica Orgánica—La orina
Botánica Médica—El Café
Zoología Médica—Ascárida Lombricoide
Anatomía é Histología—El Riñón
Ficiología—Función del Riñón
Patología Interna—Impaludismo
Patología Externa—Tumor blanco
Anatomía Patológica—Alteraciones de los basos
Patología General—Fiebre é indicaciones terapéuticas
Clínica Quirúrjica—Estrecheces Uretrales
Clínica Médica—Diagnóstico del infarto Pulmonar.
Medicina Operatoria—Tratamiento quirúrjico de los abcesos del hígado
Terapeutica—Medicación antiséptica
Farmacia—Quinas y tinturas
Toxicología—Envenenamiento por el Cloroformo
Obstetricia—Placenta previa
Medicina legal—Responsabilidad de los sordomudos.
Higiene—Hidroperapia y Aereación
Moral Médica—Juntas médicas

Señores Jurados:

En cumplimiento de la ley me presento ante vosotros aspirando pertenecer á la Facultad médico-quirúrgica que dignamente representais.

El insignificante trabajo que os presento no tiene màs objeto que dar á conocer un procedimiento operatorio que en mis torpes manos ha dado resultados que han superado mis esperanzas. Tengo la convicción de que en las vuestras ó en otras de allende los mares, resucite à una operación que por mucho tiempo permaneció en el olvido por los estragos que causara, y que fue sustituida por otros métodos que han inmortalizado á Nelaton, Gosselin y otros cirujanos de nota en el basto campo de la cirujía.

Como veréis, el método es sencillo, violento y aplicable en la generalidad de casos. Que estas ventajas por el ofrecidas compensen de alguna manera mi insuficiencia y sirban para suplir en algun tanto mi pequeñez.

Mucha honra será para mí el que paseis la vista por sus páginas, siquiera para que os convenzais de que deseo contribuir con mi grano de arena para aliviar los dolores del que sufre. Consiguiendo este objeto veré satisfecho uno de los principales deseos del médico que, olvidando sus propios dolores, se ocupa en mitigar el sufrimiento de los otros.

Me ocupo de un asunto práctico por excelencia y me felicitaría si como Gouyon y Delafosse fuera tan dichoso en darle el desarroyo que merece; pero es pequeño mi caudal y solo me limitaré al método operatorio de la Talla hipogástrica, en sus resultados prácticos con la modificación que me es propia; separándome un poco de los métodos prácticos conocidos hasta hoy.

Dividiré mi trabajo de la manera siguiente:

1°.—Definicion é indicaciones de la Talla.
2°.—Método de ejecutarla.
3°.—Conducta posterior con el operado.
4°.—Resultados prácticos.

ARTÍCULO 1º

La Talla es la operación que tiene por objeto la abertura de la vegiga para la extracción de cuerpos extraños en ella contenidos.

Ha sido ejecutada de diferentes maneras que todas han tenido modificaciones más ó ménos bariadas, pero que en el fondo pueden reducirse á tres: la talla perineal, la hipogàstrica y la talla infrapuviana ó vestivular en la mujer.

INDICACIONES.

Siempre que en la cavidad vesical existan cuerpos extraños, ya que se formen en su interior ó que lleguen á ella del exterior, y que sus dimensiones imposibiliten su extracción por la uretra, ó que esta manera de sacarlos sea una operación no solamente enojosa para el paciente sino aún peligrosa para su vida; la talla por sí sola se impone, y la podemos declarar formalmente indicada.

La naturaleza del cuerpo extraño así como sus dimensiones haràn que el cirujano se decida à observar una conducta más bien que otra; pues que naturalmente si se encuentra enfrente de un enfermo cuyo càlculo sea insoluble en los líquidos que la vegiga contiene normalmente, pero que se pueda disolver en otros que, lo desbaratan sin atacarla, es indudable que lejos de emprender la operación tendrá que usar de los más inocentes y poderosos disolventes; vacío que aún no puede llenarse pero que no està fuera de la posibilidad. Quízá no este léjos el día en que este problema quede resuelto, para que los que sufren atrosmente de la vegiga encuentren un alivio seguro y menos doloroso que hoy.

Compréndese naturalmente que para apreciar la naturaleza del càlculo es preciso hacer nn análisis y esto solo se consigue ó bien recojiendo algo del sedimento que la vegiga contiene en su fondo y que expulsa en parte en la orina, ó bien obteniendo un pequeño fragmento del càlculo y haciendo su descomposición por medio de los reactivos que tenemos à nuestra disposición. Bien es cierto que

podría aproximadamente saberse la composición del cálculo haciendo el análisis de la orina ó mejor aun de la sangre del enfermo sin que este haya sido sometido á la acción de medicamentos que van á obrar directamente sobre la omposición de ella, haciendo desaparecer sustancías que, en dicho estado patològico tiene que contener. De esta manera el médico podrà juzgar con fundamento de su composición y á la vez observar una conducta prudente y digna de su honrosa misión.

Como el anàlisis de la orina y de la sangre se encuentra perfectamente estudiado en los tratados especiales y no es mi propósito en este pequeño estudio hacer una monografía, sino solamente dar á conocer un procedimiento de Talla hipogástrica y procurar su generalización; voy à estudiar la región sobre que se va á operar para después describir el procedimiento.

Situada la vegiga en la cabidad pelviana en el estado de vacuidad, cuando está llena por la orina, sobrepasa la simfisis del púvis de tal manera que su cara anterior se pone en inmediato contacto abajo y cerca del cuello, con la celdilla de Rensius y más arriba con la cara posterior de la pared del vientre bajo, en una extensión de doce à quince centímetros. Su cara anterior y superior està cubierta por el fondo de saco peritóneo--vesical anterior, el cual cuando está llena suficientemente, es empujado hácia arriba por la misma vegiga, dejàndola por consiguiente descubierta en una extensión considerable y suficiente para emprender con cierta segurídad la operación de que me ocupo: de manera que entónces la vegiga está por su cara anterior en inmediato contacto con la pared del vientre. Es inmediatamente arriba de la simfisis del púvis y en dirección de la línea blanca donde se tiene que comenzar la incisión de la pared abdominal: la cual, está constituida por la piel, el tejido célulo adiposo, tejido muscular y aponeurotico: algunos ramitos arteriales y venosos cuyo calibre es tan pequeño que la cantidad de sangre que dan es despreciable,pues cais

siempre la operación se ejecuta en blanco. En muchos individuos la capa de tejido celulo-adiposo es tan gruesa que alcanza el espesor de tres y cuatro centímetros, circunstancia que debe tenerse presente para que al ejecutar la avertura de la pared abdominal se dé á la incisión primera una longitud suficiente y propia para que al llegar á la vegiga se pueda operar con libertad. pero siempre cuidando de que al cortar la última capa de la pared abdominal sea en una extensión que no se alcance á herir el peritoneo.

ARTÍCULO 2°.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

Comprobado y reconocido el cálculo en la vegiga así como teniendo nn conocimiento aproximado de sus dimensiones, y una vez determinada ya la operación; el Médico-Cirujano preparará á su enfermo, administrándole la antevíspera de operarlo un purgante para vaciar su intestino de todo lo que de alguna manera pudiese dañarle, procurará levantarle su moral, le aconsejará un baño general de aseo y lo más aséptico posible, también le aconsejará el cambio de la ropa por otra que esté completamente aseada; no debe despreciar ningun cuidado aséptico que esté al alcance de las personas que le rodean y principalmente de los médicos que intervengan en la operación, figurando en primera línea el cirujano que opere; cuidará de que todos los instrumentos y útiles para la operación hallan sido perfectamente bien lavados con la solución de bicloruro de mercurio al milésimo y que permanezcan en dicha solución hasta que se vayan acabando de usar; pues se ve por experiencia que el éxito de las operaciones se ha mejorado de tal manera con la asepcira y la antisepcia, que hoy se emprenden operaciones que hace treinta años hubiera sido una temeridad ejecutar.

La víspera de la operación el paciente tomará pura leche, y se le prescribirán unas cucharadas de Bromuro de potasio con Hidrato de cloral que lleban por principal objeto calmar la excitación nerviosa que todas las operaciones del vientre originan en los nervios vago y simpático, se procurará además la calma y tranquilidad para el enfermo inspirándole confianza en la operación.

A la mano deben tenerse, una solución boro-salicilada en cantidad suficiente para el lavado vesical, compuesto de agua hervida 1.000 gramos, ácido salicílico, 2 gram., ácido bórico 12 gram., la solución fenicada débil al $\frac{1}{000}$ y la de bicloruro de mercurio al $\frac{1}{2000}$ pues tanto la herida así como los instrumentos deben ser lavados perfectamente, la primera con la primera solución y los segundos con la de bicloruro de mercurio, así como se procurará tener en ella las esponjas y demás útiles que sirvan para la curación. Si es posible se elegirà una pieza bien ventilada y con luz suficiente, provista de lo necesario nada más para la asistencia ulterior, pues no debe contener muchos muebles y no debe haber con el operado más personas que las estrictamente necesarias para su asistencia; dos personas son suficientes.

Tomados estos preparativos ó los más adaptables á las circunstancias del enfermo' sin que se descuide la asepcia y la antisepcia, se procede á la operación del modo siguiente.

Cloroformado el enfermo se lava perfectamente bien con agua hervida y javon la pared abdominal anterior, en la porción inferior correspondiente al vientre bajo sobre todo; se rasura todo la que está cubierto de pelo en la región suprapuviana y luego se procede á un segundo lavado con la solución de bicloruro de mercurio ó la fenicada; se cubre dicha parte con una tela impermeable miéntras se procede al lavado de la vegiga y después á su dilatación. Lo primero se hace, colocando la sonda blanda en la vegiga, y con el irrigador de Doleris de un litro de capacidad se

hace lo inyección adaptando la cánula del irrigador á la sonda y poniéndolos en' comunicacion con la llave, después de llena lo más que se pueda, se vacía la vegiga por la sonda y se le dilata en seguida con imflaciones de aire. Yo lo he hecho siempre, con el aire de la respiración, pero creo que se puede adaptar muy bien un aparato especial inyector de aire esterilizado. A medida que se van haciendo las insuflaciones el vientre va elevándose y tomando en la región que corresponde á la vegiga la forma esferoidal. Se puede graduar la cantidad de aire necesaria por la tensión que adquiere y la resistencia á no admitir más aire; de suerte que una vez tensa lo suficiente se liga el pene con la ligadura elástica; así se logra que la vegiga levante el fondo desaco peritoneal y ella misma lo aljee del campo operatorio

Se procede á la operación haciendo una incisión que comenzando á un centímetro arriba de la sinfisis puviana siga la direcciòn de la línea blanca en una extensión de seis á siete centímetros según el espesor de la pared del vientre, en el primer paso del cortante se interesa la piel y el tejido celular y adiposo, procurando tender un poco los tejidos hàcia arriba y lateralmente; con esponjas empapadas en la solución de bibloruro de se limpia la sangre que escurra, que es en corta cantidad, bien limpia la herida se continúa cortando los demás tejidos siempre lavándola bien. Próximo ya à llegar á la vegiga se aplica la mano izquirda por su cara palmar arriba de la herida para levantar aún màs el fondo de saco peritoneal á la vez que con los dedos pulgar é índice de la misma mano, se abren los labios de la herida y se tienden: à pequeños golpes de bisturí se acaba de cortar el tejido muscular y graosso hasta tocar el aponebrótico, el cual se debrida con el mango del bisturí y aún con el dedo; aparece inmediatamente la vegiga tendida y haciendo hernia hácia la herida. se le dà en la parte media y en sentido trasversal una puntada con una aguja curva provista de un hilo de catgut aséptico extrayendo los cabos del hilo hàcia arriba para levantar la vegiga y pegarla lo

más que sea posible á la pared del vientre; se confían à un ayudante los cabos del hilo para que tire ligeramente de ellos con la mano derecha miéntras que con la izquierda levanta, empujando hácia el epigàstrio la pared abdominal y el peritoneo, esto tiene por objeto alejar la membrana del campo operatorio y cerrar la cavidad del vientre al paso de algún líquido que pudiera escurrir á su interior. En seguida se toma el bisturi recto con la mano derecha y como pluma de escribir con el cortante vuelto hàcia abajo y escondido bajo el dedo índice, cuya extremidad cubre la pnnta del insirumento, se introduce el bisturí inmediatamente abajo de la puntada siguiendo la dirección de la herida de la pared abdominal recorriendo la vegiga en una entensión de tres ó cuatro centímetros. Al introducir el bisturí se vacía la vegiga del aire que la dilataba y por la abertura qne se le hace se introduce el dedo índice de la mano izquierda con el cual se levanta más y se pega á la pared del vientre màs intimamente. Si por la abertura hecha no cabe el cálculo se prolonga hacia arriba para lo cual se aflojan los cabos del catgut para formar una gasa con la puntada y extraerla también hácia afuera, dejando así libre la porción de vegiga que abarcaban, y poder con más comodidad hacer la prolongación de la incisión vesical hácia arriba. Se procede á tocar en el fondo de la vegiga el cálculo, con el dedo índice para darse cuenta de su situación y dimensiones con más acierto. Se introducen las pinzas sirviendo de guía el dedo y una vez que se ha tocado con ellas el cuerpo, se abren para tomarlo y extraerlo, lo cual se ejecuta con mucha facilidad y sin ningun contra tiempo.

Después el cirujano procura recorrer con el deda índice la cavidad vesical para darse cuenta de su vaciedad, pues solamente deberà encontrar en ella la extremidad de la sonda: pues si encuentra otros pequeños cálculos ó concreciones los sacará ó bien con las pinzas ó con la pinza-cuchara de Gowyon. Procede dèspués de haber quitado la lígadura al pene, á lavar la vegiga con la solución boro-

salicilada, pues esta solución demasiado inocente sirve aun para lavar el mismo peritoneo; por consiguiente no hay peligro en que penetre algo en la cavidad del vientre al hacer también el lavado de la herida. Se limpian perfectamente bien los labios de esta cuidando de quitar todos los cuàgulos que existan, para intentar nna cicatrizaclón por primera intensión. Se sutura la incición de la vegiga con el hilo de catgut aséptiso que desde un principio nos sirvió para fijarla, teniendo cuidado en que la sutura no vaya muy apretada, pues de lo contrario se mortificarían los labios de la herida: después de suturada la vegiga y sin cortar los cabos de la sutura se pasan estos, por la parte inferior de los labios de la herida de la pared del vientre, se les hace un nudo que adhiera la vegiga con la pared abdonimal y se cortan con tijeras los sobrantes dejando por lo tanto esta primera sutura avandonada á la reabsorción. Como la herida de la vegiga ó màs bien sus labios se unen por la contracción de aquella, no creo necesario poner más puntos de sutura, sin embargo, cuando la incisión sea de más de seis centímetros creo será prudente colocar otro punto de sutura. Se continú suturando la herida de la pared abdominal: teniendo cuidado que los hilos atraviesen por lo menos la mitad de su espesor, dos puntos son bastante para cerrar la herida y se completa la curación con vendoletes de tela emplástica inglesa, haciendo la asepcia más completa de la herida poniendo un empaque con algodon hidrófilo iodoformado y un vendaje moderadamente apretado.

ARTÍCULO 3º

CUIDADOS POSTERIORES

Después de operado se coloca en su cama al enfermo y se procura que los líquidos es decir la orina escurra con libertad por la sonda, la cual se fija muy bien de un suspensorio que

se le pondrá al enfermo para dicho objeto, teniendo cuidado que la extremidad de la sonda esté siempre baja, para que en dicho caso desempeñe muy bien el papel de sifón à que está destinada.

Se prescribe al enfermo dieta lactea ó café con leche en pequeñas cantidades repartidas en el día, y que tomará con pistera para evitarle en lo posible los movimientos. Se le suministrarà unas cucharadas compuestas de: Agua de Azahar 140 gram. Bromuro de potasio 6,00 Hidrato de cloral 3,00 gram. Jarabe de opio 40,00 gramos que tomará por cucharadas cada dos horas. Se le recomendará que guarde la posición del decúbito supino, levantándole un poco el tronco, colacándole almohadas bajo la espalda y en los lados de la pelvis, para que pueda tolerar mejor dicha postura. Se le colocará entre las piernas una vacinilla aplanada para recojer la orina que tiene que salir gota á gota de la vejiga y casi sin interrumpciòn. Se tendrá cuidado de que la sonda no se obstruya por mucosidades, en cuyo caso se lavará perfectamente bien, quitándola de la vegiga y sirviéndose de una solución anticéptica para dicho lavado; esto servirá además para dejar al paciente ratos de descanso, pues la sonda es lo que más les molesta, y aún algunas veces origina uritritis que no dejan de causar más molestias, pero que ceden fàcilmente después de quitada la sonda,á los lavatorios boricados aplicados de cuando en cuando durante la curaciòn y después de cicatrizada la herida.

Las curaciones al enfermo se harán dos veces al día mañana y tarde teniendo cuidado de que no sean dolorosas ni molestas, usando principalmente del polvo de iodoformo que dá resultados execelentes y favorece palpablemente la ràpida cicatrizaciòn de la herida. Los puntos de sutura se pueden quitar á los tres días de la operación, y si la herida no cicatriza por primera intención se continua curando con el iodoformo y aproximando los labios de ella con bendoletes de tela emplástica ó tafetan inglés, sobre lo cual se aplica después el resto del apósito.

Debe vigilarse el pulso y la temperatura del enfermo así como su estado general estando alerta à la primera manifestación significativa que pudiera presentar, debiendo no tomar por peritonitis, algo de dolor en el vientre acompañado de meteorismo, así como pequeñez de pulso, pues este estado que actualmente llaman los cirujanos, "peritonismo" casi siempre acompaña las operaciones que se verifican en la cavidad del vientre y su naturaleza nerviosa la corrobora el tratamiento, pues con aplicaciones narcóticas y frías al vientre y las cucharadas prescritas, cede fàcilmente. Según la opinión màs aceptada es debido el peritonismo à la exitación del simpático y del vago en sus terminaciones en la vegiga.

¿Porqué usé de las insuflaciones de aire para dilatar la vegiga, mejor que de la introducción de algun líquído acéptico como lo hizo Rousset?

Siendo uno de los principales escoyos para el éxito de la talla la infiltración no solamente de orina sino de algun otro líquido mesclado à ella, por la peritonitis que se desarroya y que casi siempre es mortal, creo que el medio que ponga un óvice á este accidente es y debe ser el más aceptable.

Vacía completamente la vegiga y por otra parte teniendo colocada la sonda de permanencia para la salida de los líquidos que puede contener ó que á ella tienen que llegar; se comprende fácilmente que mientras màs completa, perfecta y uniforme sea su distención, se hará más accecible à nuestros instrumentos y alejará màs al peritoneo hácia arriba, sustrayéndolo así del peligro de ser interasado por el cortante.

Esto se obtiene de una manera más perfecta con la insuflación de aire, pues siendo éste màs espansible y elàstico que cualquiera líquido; tiene que producir una distención más uniforme. Por otra parte, al abrir la vegiga sale naturalmente por la herida al exterior buscando la altura, por razón de su menor densidad, de suerte que no se escapa para la cavidad peritoneal, como tendría que suceder con cualquiera líquido que se usara para la distención, pues este tendría que buscar las partes bajas por ser más pesado que el aire. Por

mucho cuidado que se tenga en conserbar la incomunicación de la herida con la cabidad del vientre, no siempre están perfecta que dé seguridad al Cirujano de la no penetración de líquidos al interior; por lo mismo siempre hay peligros más ó menos cercanos que no dejan de hacer vacilar al médico al eligir uno de los barios procedimientos de Talla hipogastrica. Creo que mejor es que, á la cabidad del vientre no penetre ningún líquido que haya pasado por la vegiga, à que penetrase alguno que habiendo pasado por ella, se considerase como inocente; pues no dejaría de ser un peligro que sólo por razón de su presencia podría producir trastornos de más ó menos gravedad. Es mejor huir del peligro que cantar una victoria, máxime habiendo probabilidades de salir derrotados en la lucha.

Es indiscutible que en la muger, la talla hipogástrica es preferible á cualquiera otra, variando nada más la manera de mantener distendida la vegiga, lo cual se consigue recomendando à una ayudante que comprima la uretra con el pulgar ó índice de la mano derecha, compresión que dura muy poco tiempo: se deja como en el hombre la sonda de permanencia.

El procedimiento que acabo de describir y que he puesto en práctica en nueve enfermos, me ha dado resultados completos.

Ninguno de mis operados ha sucumbido, todos han curado en menos de 25 días. Creo por lo mismo que es preferible à todos los demás procedimientos; y siendo de resultados más que probables para los calculosos y más expedito que cualquiera otro de los conocidos hasta ahora, debería aceptarse en tesis general, salvo para los cálculos de pequeño volumen que puedan salir sin dificultad por la uretra, dilatando esta también con aire á regular presión desde el cuello de la vegiga hasta el meato, ayudándose de las sondas dilatadoras, y utilizando en parte los procedimientos recomendados por Gouyon y Delafosse.

Voy á consignar aquí la historia del último de los enfer-

mos que he operado, sin dejar de advertir que las diferencias que he podido notar en los que antes he tratado por el mismo método son despreciables por su importancia. pues han consistido principalmente en la duración de la cicatrizaciòn que se ha verificado en unos más pronto qne en otros.

Francisco Lara originario de Chilon. Estado de Chiapas. República de México, de 56 años de edad y de constitución regular, comenzó à sentir retenciones de orina en el mes de Enero de 1893, retenciones que se verificaban de una manera brusca durante la mixción y que le ocacionaban atroces dolores, situación que se calmaba algunas veses, poniéndose una labativa abundante y otras cambiando de postura. Dice que en su juventud arrojó una pequeña piedra despues de haber tomado una orchata de maíz.

Pasó à San Cristóbal Las Casas en el mes de Diciembre de 1893 con el fin de curarse: y despues de haber consultado á varios curanderos, que por cierto abundan en aquella ciudad, y de haber visto qna fracazaban los muchos y varios remedios que aquellos le aconsejaban; se resolvió á llamar á un médico para ser asistido en su dolorosa enfermedad.

Pasé à verlo y despues de haber tomado los antecedentes ya dichos, le propuse sondearlo para vaciar su vegiga, pues hacía treinta y seis horas que no orinaba y en aquellos momentos era atormentado por tenaces dolores, manifestándole que aquello que iba yo hacer no era un medio curativo, pero que sí le calmaria palpablemente sus sufrimientos: que sospechaba la existencia de un cálculo en la vegiga y por lo mismo esto exigía otra clase de operaciones para intentar y obtener su curación definitiva.

Al hacer el cateterismo me encontré con que un cuerpo duro situado en el cuello de la vegiga se oponía al paso de la

sonda metàlica; pude desalojarlo y vaciar la vegiga. Tenía evidencia de la existencia del càlculo en dicho receptáculo y habiendo recorrido con el pico del instrumento su estención en varios sentidos, pude aproximadamente juzgar de sus dimenciones que me parecieron la mayor de unos seis centímetros y la menor de unos cuatro à lo más.

Propuesta y aceptada, no sin dificultades la operación, pues el paciente y sus deudos exigían garantizara la vida del enfermo, á lo cual no era posible que yo accediera, pues esto lo hacen los charlatanes, emprendí la operación de la manera que antes he descrito. Las curaciones las ejecuteba por la mañana y por la tarde. A los siete días quité á mi operado definitivamente la sonda y en el curso de quínce días le dí su alta, dejándole en estado satisfactorio, para él, para su familia y para mí, pues veía otro éxito màs alcanzado por la talla hipogástrica rodeada de la más rigorosa anticepcia. El càlculo era de cinco cetímetros en su menor diámetro y seis en el mayor.

Antes de concluir advertiré que durante la cloroformizaciòn no se presentó accidente ninguno pues confiada á mi distinguido compañero y amigo el Dr Rodolfo B. González, fué llevada à feliz término y pude con toda calma terminar la operación en 19 minutos.

RESULTADOS PRÁCTICOS.

En nueve operados hasta hoy por mi talla hipogástrica según el método de expuesto he tenido nueve éxitos completos, ninguno ha tenido complicación que hubiera podido poner formalmente en peligro la vida. Ninguno conserva fístula urinaria. Ninguuo ha vuelto á quejarse de parte de la vegiga. En todos ha desaparecido el catarro vesical y su salud ha podido restablecerse al grado de poder pasar una vida sin las molestias que les originara sus primitivos padecimientos.

He concluido y solo conservo en mi la satisfacción de haber hecho lo posible para cumplir con mi deber. Espero de vuestra indulgencia y conocimientos un fallo que corresponda á mis aspiraciones, y que vosotros, mejor que yo, generaliceis un método, que creo seguirá arrebatando muchas víctimas á la muerte.

Dr. Ramon M. Carriedo.

Quezaltenango, Mayo de 1894.

Vº. Bº.
F. Herrera Bravo

Imprímase
L. Sáenz.

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA DE OCCIDENTE

Decano Dr. Juan I. Toledo.
Vice-Decano Lic. León Sáenz.
Primer Vocal Dr. Enecón Mora.
Segundo Vocal Dr. Federico Herrera Bravo.
Tercer Vocal Lic. Josè María Gálvez.
Cuarto Vocal Lic. Mariano Gàndara.
Secretario Dr. Juan Molina.
Pro-Secretario Lic. Luis Mazariegos A.

JURADO

QUE PRACTICO EL EXAMEN TEORICO PRACTICO

Vice-Decano Lic León Saenz.
Dr. Enecón Mora.
Dr. Antonio López.
Dr. Narciso Sardá Riusech.
Pro-Secretario Lic Luis Mazariegos A.